



Repositorio Digital Institucional "José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Marco Aurelio Luna Lombardo

Perfil epidemiológico del traslado de pacientes a centros de mayor complejidad: Hospital Zonal Chos Malal. Provincia de Neuquén. Trienio 2008-2010

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de Tesis
Marcio Alazraqui

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Luna Lombardo, Marco Aurelio. (2012). Perfil epidemiológico del traslado de pacientes a centros de mayor complejidad: Hospital Zonal Chos Malal. Provincia de Neuquén. Trienio 2008-2010 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/033628_LunaLombardo.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

7ª cohorte 2004 – 2007

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

**Perfil epidemiológico del traslado de pacientes a centros de mayor
complejidad**

Hospital Zonal Chos Malal. Provincia del Neuquén. Trienio 2008 – 2010

AUTOR

Marco Aurelio Luna Lombardo

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Marcio Alazraqui

FECHA DE ENTREGA

23/12/2011

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

7ª cohorte 2004 – 2007

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

**Perfil epidemiológico del traslado de pacientes a centros de mayor
complejidad**

Hospital Zonal Chos Malal. Provincia del Neuquén. Trienio 2008 – 2010

AUTOR

Marco Aurelio Luna Lombardo

DIRECTOR DE TESIS

Marcio Alazraqui

INTEGRANTES DEL JURADO

Lic. Carlos Guevel

Dr. Raúl Mejía

Dr. Carlos Piovano

FECHA DE APROBACIÓN

18/12/2012

CALIFICACIÓN

7 (siete) puntos

AGRADECIMIENTOS

A Dolly Cárdenas y Andrea Martín, técnicas de estadística del Hospital Chos Malal, por facilitar parte del material y colaborar con el proceso de codificación de diagnósticos.

A Patricia Gagliano, amiga y compañera de tareas, por su ayuda en los aspectos formales y su valiosa lectura crítica.

A mi familia, por el apoyo de siempre.

RESUMEN

El traslado secundario, como parte del proceso de cuidado brindado a los pacientes, adquiere una gran importancia en hospitales de complejidad media, insertos en un sistema de salud organizado bajo preceptos de regionalización y complejidad creciente. Se analizaron los traslados en ambulancia a centros de mayor complejidad realizados durante el trienio 2008 – 2010 desde el Hospital Zonal Chos Malal, en la provincia del Neuquén. Objetivos: registrar los traslados realizados, analizar su composición, describir su evolución y compararlos, en el marco de los egresos totales, con los otros tipos, ponderando su peso relativo. Metodología: estudio observacional, descriptivo. Fueron utilizadas múltiples fuentes de información secundaria existentes en distintas áreas del hospital y de la Subsecretaría de Salud provincial. Resultados: Se analizaron 1409 traslados, de los cuales 78,6% fueron mayores de 14 años. En relación al sexo 56,7% fueron varones, hallándose un índice de masculinidad de 1,3. El 38,6% de los pacientes se encontraba internado al momento de la derivación, estando en condición de ambulatorio internable el 28,0%; 18,0% fueron pacientes ambulatorios y el restante 13,4% se encontraba en cuidados domiciliarios (2,0% sin datos). Neuquén (78,6%) y Zapala fueron los principales destinos, con un predominio de instituciones del ámbito público como receptoras. Los pacientes trasladados mayoritariamente fueron cuidados por personal de enfermería durante el viaje, participando personal médico solo en el 20,3% de los casos. La tasa de traslados en ambulancia del año 2010 fue de 17,4 por mil y la proporción de traslados durante la internación fue 6,9%. Discusión: El proceso de traslado de pacientes es importante en el marco de los cuidados generales ofrecidos y el análisis sistemático de sus características y su tendencia temporal pueden configurar un instrumento de gestión que aporte a la mejora de la planificación y reformulación de la estructura de los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: transferencia de pacientes; perfil de salud; Argentina.

ABSTRACT

The secondary transfer of patients is a process of care provided to patients which acquires a great importance in medium complexity hospitals, inserted in a health system organized under provisions of regionalization and increasing complexity. As we have analyzed the transfers by ambulance to more complex centers made during the years 2008 - 2010 from the Chos Malal Hospital, in the province of Neuquén. Objectives: to register the transfers made during the 2008-2010 period, to analyze its compounds, describe and compare their evolution in the context of total expenditures, with other types, taking into account their weight in the accounting. Method: A descriptive study. Results: We analyzed 1409 transfers whose age distribution was 78.6% more than 14 years. In relation to genre 56.7% were men, with a sex ratio of 1.3. 38.6% of patients were hospitalized at the time of referral, while interned in outpatient status 28.0%. 253 (18.0%) were outpatients and the remaining 189 (13.4%) were in home care. Neuquén (78.6%) and Zapala were the main destinations, predominantly from public institutions as recipients. Patients were mostly taken care by nurses during the trip, only medical personnel involved in 20.3% cases. The ambulance transfer rate of 2010 was 17.4 per thousand and the proportion of transfers during the hospitalization was 6.9%. Discussion: The process of transfer of patients is important in the context of the general care of them and the systematic analysis of their characteristics and evolution can be configured as a management tool that contributes to the improvement of planning and redesign of the service structure offered to the community.

KEYWORDS: Patient transfer; health profile; Argentina.

LISTADO DE TABLAS

Página

Tabla 1. Traslados de pacientes según grupo etario en años	17
Tabla 2. Traslados según aseguramiento social	19
Tabla 3. Traslados de pacientes según causas de egreso agrupadas según capítulos de C.I.E.10.....	21
Tabla 4. Traslados según condición del paciente.....	23
Tabla 5. Traslados nuevos y repetidos según condición del paciente, proporción de traslados nuevos y razón de traslados por paciente.....	24
Tabla 6. Traslados según aseguramiento social y condición del paciente.....	25
Tabla 7. Traslados generales según localidad de destino y carácter	26
Tabla 8. Traslados de pacientes internados según localidad de destino y carácter	26
Tabla 9. Traslados según servicio emisor	27
Tabla 10. Proporción de traslados durante la internación según servicio	28
Tabla 11. Traslados según servicio emisor e institución receptora y razón de traslados a instituciones públicas	29
Tabla 12. Traslados según institución receptora.....	29
Tabla 13. Traslados de pacientes según condición e institución receptora	31
Tabla 14. Traslados según tipo de cuidados.....	33
Tabla 15. Traslados según condición del paciente y tipo de cuidados	33
Tabla 16. Egresos según tipo	35
Tabla 17. Mapeo de traslados posibles a centros de mayor complejidad desde Chos Malal	38

LISTADO DE GRÁFICOS

Página

Gráfico 1. Traslados según grupo etario	18
Gráfico 2. Pirámide de traslados según grupo etario y sexo	18
Gráfico 3. Traslados según aseguramiento social.....	20
Gráfico 4. Traslados de pacientes según causas de egreso agrupadas según capítulos de C.I.E.10.....	22
Gráfico 5. Traslados según aseguramiento social y condición del paciente	25
Gráfico 6. Traslados según condición del paciente e institución receptora.....	31
Gráfico 7. Traslados de pacientes internados según cobertura social e institución receptora.....	32
Gráfico 8. Tendencia temporal de los traslados totales y en internación	34
Gráfico 9. Proporción de traslados durante internación según servicios	35
Gráfico 10. Egresos según tipo.....	36

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ART: Aseguradora de riesgo de trabajo

Camioneros: Obra social de choferes de camiones

CIE 10: Clasificación internacional de enfermedades 10° versión

INSSJyP: Instituto nacional de servicios sociales para jubilados y pensionados

IOSE: Instituto de obra social del ejército

ISSN: Instituto de servicios sociales del Neuquén

OSDE: Organización de servicios directivos empresarios

OSSECAC: Obra social de los empleados de comercio y actividades civiles

OSPECON: Obra social del personal de la construcción

OS.PE.PRI: Obra social de petroleros privados

PROFE: Programa federal de salud

RTIP: Razón de traslados a instituciones públicas

s/d: Sin datos

s/OS: Sin obra social

TEC: Traumatismo encéfalo craneano

UCI: Unidad de cuidados intensivos

UCIP: Unidad de cuidados intensivos pediátricos

CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Tema	8
1.2 Problema	8
1.3 Reseña de situación y contexto	9
1.4 Preguntas	11
1.5 Hipótesis	11
1.6 Objetivos específicos	11
2. METODOLOGÍA	12
2.1 Diseño	12
2.2 Población	12
2.3 Fuentes de información	12
2.4 Instrumentos	13
2.5 Variables. Definición	14
2.5.1 Edad	14
2.5.2 Sexo	14
2.5.3 Aseguramiento Social	14
2.5.4 Diagnóstico	14
2.5.5 Condición del paciente	14
2.5.6 Carácter del traslado	15
2.5.7 Medio de transporte	15
2.5.8 Tipo de cuidados	15
2.5.9 Servicio emisor	15
2.5.10 Institución receptora	15
2.5.11 Servicio receptor	15
2.6 Análisis de datos	15
2.7 Aspectos éticos	16
3. RESULTADOS	17
4. DISCUSIÓN	37
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
6. APÉNDICE	49

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Tema

El traslado secundario de pacientes, entendido como el proceso de derivación de personas de un hospital a otro de mayor complejidad con el objeto de brindar cuidados acordes a sus necesidades, se constituye como un componente de gran importancia en la atención que, involucrado en el proceso de hospitalización, tiene características particulares y únicas. El sistema de Salud de la Provincia del Neuquén, organizado según principios de regionalización y complejidad creciente y caracterizado por una estructura con gran dispersión geográfica, con considerables distancias, cuenta con este proceso como parte importante de su oferta de servicios.

1.2 Problema

Aunque la derivación de pacientes, por su evidente magnitud, es un tema que ocupa a los responsables de los niveles de gestión de los distintos establecimientos, la planificación de los servicios, tanto en este nivel como en el de la estructura general del sistema de salud, no contempla sistemáticamente el problema, que principalmente es abordado en relación con la asignación de recursos materiales (vehículos, equipamiento, etc.), sin estar presente, con la importancia que merece, entre los temas que determinan el diseño de las distintas acciones de salud y la organización de los establecimientos que conforman el sistema.

Entre los datos estadísticos que de manera sistemática se producen en los servicios, no existe registro del proceso de derivación o recepción de pacientes. Solo se puede rescatar el dato de motivo de egreso, en el que se consigna "traslado" sin datos adicionales que favorezcan el análisis. No existe tampoco proceso de evaluación previsto para esta práctica.

Más allá de los núcleos específicos técnicos del accionar en salud, que determinan la necesidad de atención de las personas en distintos espacios físicos y geográficos, desde el punto de vista de la dimensión cuidadora de las acciones¹, la fase de traslado es de gran trascendencia. Por sí mismo es un proceso traumático desde las áreas emocionales,

sociales y físicas, que expone al paciente a una ruptura en la continuidad de la lógica cuidadora imperante en su lugar de origen, y a un encuentro con otras lógicas, características de instituciones de mayor complejidad, muchas veces más centradas en los procesos que en los usuarios. Es por esto que es necesario reconsiderar a este proceso jerarquizándolo de manera adecuada.

El problema que aborda la investigación es la falta de conocimiento detallado y sistemático de la dimensión real y del perfil del conjunto de traslados que efectúa el hospital zonal Chos Malal a centros de mayor complejidad.

1.4 Reseña de situación y contexto

La ciudad de Chos Malal, capital del departamento del mismo nombre en la Provincia del Neuquén, tiene una población aproximada de 14.500 habitantes², con una distribución urbano/rural de 80/20. Nuclea a su vez, desde el punto de vista social, político, económico, y sanitario a una población global de alrededor de 16.000 habitantes más, radicados en siete localidades ubicadas en un radio aproximado de 120 Km.

El Hospital Zonal Chos Malal, cabecera de Zona Sanitaria, único efector de la localidad con capacidad de internación, quirófano y atención de partos, es una institución catalogada como de complejidad IV según la clasificación de 1969, integrante de un sistema sanitario basado en el concepto de complejidad creciente, referente de cinco Hospitales de complejidad III ubicados en las localidades mencionadas y subsidiario a su vez del Hospital Provincial Neuquén, ubicado en la capital provincial, distante 400 Km.

La institución tiene una dotación de 60 camas de internación, en las que se atiende a pacientes dependientes de los servicios de clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. Algunos de los datos anuales de producción correspondientes al año 2010, que la caracterizan son 70.753 consultas externas, 2.666 egresos, 583 cirugías y 457 nacimientos. Cuenta con servicios auxiliares de diagnóstico conformados por ecografía, radiología convencional, endoscopía digestiva alta y baja y laboratorio completo. Su plantel de recurso humano es de 294 empleados, entre los que se cuentan 39 profesionales de distintas especialidades y 90 enfermeros.

La capacidad de resolución de problemas y retención de pacientes del hospital, propia de una institución de complejidad media, requiere, como complemento necesario, una red de derivaciones que asegure la ubicación de los pacientes que necesitan servicios de mayor complejidad que los ofrecidos localmente, en instituciones adecuadas. La estructura del sistema de salud provincial garantiza este flujo, comprometiendo para ello las instalaciones de los subsectores público y privado. Además de las condiciones derivadas de la situación de salud de los pacientes y la capacidad de resolución del hospital, otros factores de tipo geográfico, especialmente las distancias y el clima, condicionan un incremento de los traslados, en anticipación y previsión de complicaciones potenciales, teniendo en cuenta que el proceso de derivación, en promedio, insume seis horas.

No existe en el Hospital información estadística sistematizada sobre los traslados, ni procesamiento periódico de datos. La información más completa, el “registro de traslados hospitalario”, es un informe confeccionado por personal administrativo responsable de los traslados, creado con objetivos administrativos (pago de viáticos, entrega de combustible, etc.). Por otra parte, la documentación individual que sistemáticamente se completa en cada derivación con fines de comunicación médica (“Hoja de derivación” –original que acompaña al paciente y duplicado que permanece en el Hospital-), se archiva irregular e inconvenientemente y, en oportunidades, se descarta.

El foco de interés del estudio esta puesto en los pacientes trasladados en ambulancia a centros de mayor complejidad. Se excluyen aquellas derivaciones de pacientes ambulatorios producidas en otro tipo de vehículos (institucionales, privados o transportes públicos) que, de manera programada, se realizan con el objeto de realizar consultas especializadas o estudios de mayor complejidad a los ofrecidos localmente.

En el marco de un sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria, según se declara en las “Bases para el plan estratégico de salud”³, el sistema de traslados, dentro de una red de establecimientos interconectados, regionalizada y organizada bajo el precepto de complejidad creciente, es el que debe asegurar el acceso a los servicios de alta complejidad necesarios para abordar adecuadamente la situación de salud de los usuarios.

La accesibilidad, según su acepción más utilizada, refiere a la posibilidad de contacto de la población usuaria con los servicios de primer nivel de atención, entendidos como puerta de

entrada al sistema. Según un concepto más amplio, puede aplicarse el término de accesibilidad a la posibilidad de ese contacto, según los requerimientos propios de la situación de salud de las personas usuarias, con los servicios de media y alta complejidad, completando así el precepto básico de la atención primaria de salud en su “significado concreto”⁴, otorgado por “su inserción en un sistema de salud”⁴ y conformando el “eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica – diagnóstica y terapéutica – y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena”⁴.

1.3 Preguntas

¿Cuál es el perfil de los traslados de pacientes a centros de mayor complejidad generados en el Hospital Chos Malal?

¿Qué dimensión tiene, en términos absolutos y relativos, el traslado de pacientes, como proceso particular de atención?

1.4 Hipótesis

El traslado de pacientes se constituye, entre los distintos procesos de cuidado ofrecidos, en un servicio de relevancia, siendo su magnitud significativa, en términos absolutos y relativos (en relación al total de egresos). Su tendencia temporal es estable y en su composición prevalecen los que afectan a pacientes adultos trasladados a instituciones públicas de la ciudad de Neuquén.

1.5 Objetivos

Analizar la composición de los traslados realizados durante el trienio 2008 - 2010, en función de características demográficas, clínicas y organizativas.

Describir su evolución durante el período en estudio.

Comparar, en el marco de los egresos totales, con los otros tipos de egreso, ponderando su peso relativo.

2. METODOLOGÍA

2.1 *Diseño*

Estudio observacional descriptivo.

2.2 *Población*

Se incluyeron todos los traslados realizados en ambulancia desde el Hospital Zonal Chos Malal a centros de mayor complejidad, tanto en situación de urgencia o emergencia como programados, durante el trienio 2008 - 2010. Se excluyeron aquellos traslados de pacientes en condición ambulatoria, que se realizaron con fines de estudio o consulta con especialidades de mayor nivel de complejidad, de manera prevista, con turnos anticipados, en otro tipo de vehículos.

2.3 *Fuentes de información*

- ✓ Registro de traslados hospitalario. Elaborado en el Servicio de Administración del hospital, con fines administrativos (pago de viáticos, combustible, etc.)
- ✓ Historias clínicas de pacientes involucrados. Servicio de estadísticas del Hospital Zonal Chos Malal.
- ✓ Hoja de Derivación. Documento cuya elaboración está a cargo el médico responsable del traslado en el hospital de origen.
- ✓ Registro de movimiento de ambulancias. Elaborado en el sector automotores del hospital, con fines administrativos.
- ✓ Registro provincial de traslados aéreos. Subsecretaría de Salud. Dirección de Emergencias Médicas.
- ✓ Registro de egresos del Hospital Zonal Chos Malal. Subsecretaría de Salud. Dirección Provincial de Información.
- ✓ Registro de egresos del Hospital Provincial Neuquén. Subsecretaría de Salud. Dirección Provincial de Información.
- ✓ Registro de egresos de hospitales del interior de la Zona Sanitaria III. Andacollo, Las Ovejas, Buta Ranquil, Tricao Malal, El Cholar. Subsecretaría de Salud. Dirección Provincial de Información.

No existe en el hospital información estadística sistematizada sobre los traslados, ni procesamiento periódico de datos. La información más completa, el “registro de traslados hospitalario”, es un informe confeccionado por personal administrativo responsable de los traslados, creado con objetivos administrativos (pago de viáticos, entrega de combustible, etc.). Por otra parte, la documentación individual que sistemáticamente se completa en cada derivación (“Hoja de derivación” –original que acompaña al paciente y duplicado que permanece en el Hospital-), se archiva irregular e inconvenientemente y, en oportunidades, se descarta.

Los pasos desarrollados en el proceso de integración de datos fueron los siguientes:

- ✓ Se generó una base de datos a partir de la información del registro de traslados hospitalario.
- ✓ Aquellos registros que no tenían datos de diagnóstico, fueron completados mediante la revisión de las historias clínicas correspondientes.
- ✓ Se cotejaron los datos con la base de egresos del Hospital Chos Malal, a fin de completar y corregir la información y determinar la “condición” de “internación”.
- ✓ Se compararon los datos obtenidos con la base de egresos del Hospital Provincial, para completar las variables “institución receptora” y “servicio receptor” (en los casos en que ésta institución hubiera participado en la atención del paciente), así como definir y ajustar la exactitud de la variable “condición” (especialmente la condición de “ambulatorio internable” en aquellos casos derivados como ambulatorios que fueron hospitalizados en el Hospital Provincial).
- ✓ Al no contar con datos de egresos de los distintos efectores privados, el valor de la variable “condición” (“ambulatorio” y “ambulatorio internable”) de los pacientes atendidos por esos efectores fue asignado, en aquellos casos que no existía el dato, a partir del diagnóstico, el tipo de cuidado y el carácter del traslado.
- ✓ El registro provincial de traslados aéreos se utilizó para cotejar los datos locales.
- ✓ El registro de movimiento de ambulancias sirvió para resolver faltantes de información puntuales (destino del traslado, etc.)

2.4 Instrumentos

Base de datos diseñada a los fines del estudio.

2.5 Variables. Definición

2.5.1 Edad: Edad en años cumplidos al momento de la derivación. Los menores de un año se catalogaron como tales, discriminando entre ellos a los neonatos.

2.5.2 Sexo: Asignación biológica de sexo del paciente.

2.5.3 Aseguramiento Social: Condición de afiliación a algún sistema de seguro de salud, que incluye obras sociales, mutuales, aseguradoras de riesgo de trabajo o programas oficiales específicos (PROFE, Plan Nacer, etc.)

2.5.4 Diagnóstico: Se consignó el diagnóstico principal con que se derivó al paciente, según criterio del médico responsable de la generación del traslado, clasificándolo en grupos según la CIE10.

2.5.5 Condición del paciente:

- ✓ Ambulatorio: paciente que, por su situación de salud, requirió traslado para resolución en otra complejidad, sin reunir criterios de internación (Ej. Fractura radio cubital).
- ✓ Cuidados domiciliarios: persona que por distintas circunstancias, permaneciendo en su domicilio debió trasladarse periódicamente a centros de mayor complejidad, en ambulancia, para efectuar procedimientos diagnósticos o terapéuticos (Ej. Cáncer de colon en control o tratamiento oncológico). Aquel que en la misma condición fué internado en centro de mayor complejidad se clasificó como “ambulatorio internable”.
- ✓ Internado: paciente hospitalizado en el Hospital de origen, que en el curso de este proceso requirió atención en mayor complejidad, transitoria o hasta su alta definitiva (Ej. Bronquiolitis grave, TEC con requerimiento de estudio tomográfico).
- ✓ Ambulatorio internable: paciente que, ingresado al Hospital a áreas de atención ambulatoria (emergencias o consultorios), fue trasladado a centros de mayor complejidad sin ingresar efectivamente a la internación del Hospital, aun reuniendo criterios de hospitalización en centros de mayor complejidad o en la misma complejidad de origen, luego de evaluación especializada y estudios en otros sitios. Se incluyeron aquí pacientes que, recibidos desde centros de menor complejidad, fueron rederivados sin ingresar a la internación del Hospital.

2.5.6 Carácter del traslado:

- ✓ Urgente, entendido como aquel que se decide y realiza sin previsión, en base al estado del paciente, y que puede o no ser diferido (por motivos climáticos, viales, operativos, etc.) hasta un plazo de ocho horas.
- ✓ Programado: Traslado organizado con anticipación, en acuerdo con el servicio receptor.

2.5.7 Medio de transporte: Refiere al vehículo utilizado.

- ✓ Terrestre (ambulancia)
- ✓ Aéreo (avión sanitario. Ambulancia aérea)

2.5.8 Tipos de cuidado:

- ✓ Médico: Cuidados médicos, de enfermería y, en la mayor parte de los casos, familiares.
- ✓ Enfermería: cuidados de enfermería y, en la mayoría de los casos, familiares.
- ✓ Familiar: Solamente cuidados familiares.

2.5.9 Servicio emisor: Servicio que genera el traslado (clínica médica, tocoginecología, cirugía, pediatría, salud mental, traumatología, medicina general).

2.5.10 Institución receptora: Institución que recibe el paciente. (Hospital Zapala, Hospital Provincial Neuquén, instituciones privadas, etc.)

2.5.11 Servicio receptor: Servicio que recibe al paciente (clínica médica, pediatría, cirugía, tocoginecología, traumatología, salud mental, UCI, UCIP, neonatología)

2.6 Análisis de datos

Se realizó un análisis uni y bivariado de las variables principales y se presentó en forma de tablas y gráficos.

Se trabajó con bases de datos confeccionadas con los programas Excel y Access. La fase de análisis fue realizada a través de EpiInfo versión 3.5.3

2.7 Aspectos éticos

El estudio tiene en cuenta el respeto de las leyes de confidencialidad y secreto estadístico vigentes.

Respeto a su vez los siguientes aspectos éticos;

- ✓ Valor social, entendido como la oportunidad de solucionar problemas o mejorar las condiciones sanitarias, aunque sea indirectamente, a través de los resultados.
- ✓ Validez científica
- ✓ Evaluación independiente, asegurando mecanismos que resguarden la investigación de potenciales conflictos de interés.

El protocolo se envió al Comité Provincial de Bioética de la Provincia del Neuquén.

3. RESULTADOS

Se revisaron 1409 registros correspondientes a la totalidad de traslados en ambulancia realizados desde el Hospital Zonal Chos Malal a centros de mayor complejidad en el período comprendido entre 1° de enero de 2008 y 31 de diciembre de 2010.

El análisis de los traslados según la edad de los pacientes mostró una predominancia del grupo de 15 años y más, con un 78,57% contra 20,16% de los menores de esa edad (gráfico 1). Tal valor de corte en el análisis está justificado en los límites etarios fijados para la atención de pacientes entre los servicios de pediatría y el resto (clínica médica, cirugía y toco ginecología), dado que los pacientes en edad pediátrica, aún requiriendo servicios por parte de las otras especialidades, son asumidos y registrados como propios por parte del servicio de pediatría.

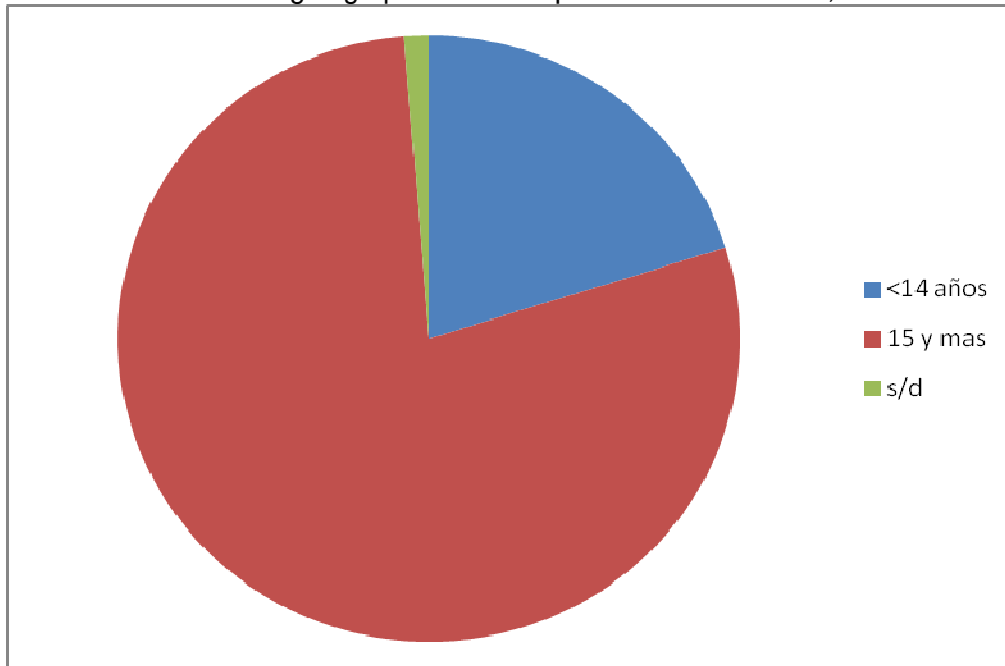
El grupo etario trasladado con mayor frecuencia es el de 50 a 59 años (tabla 1). La mediana de las edades es 41, con un rango igual a 98.

Tabla 1. Traslados de pacientes según grupo etario en años.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

Grupo etario	freq.	%
<1	117	8,30
1 a 4	85	6,03
5 a 9	35	2,48
10 a 14	47	3,34
15 a 19	83	5,89
20 a 29	163	11,57
30 a 39	149	10,57
40 a 49	162	11,50
50 a 59	191	13,56
60 a 69	126	8,94
70 a 79	146	10,36
80 y más	87	6,17
Sin datos	18	1,28
Total	1409	100,00

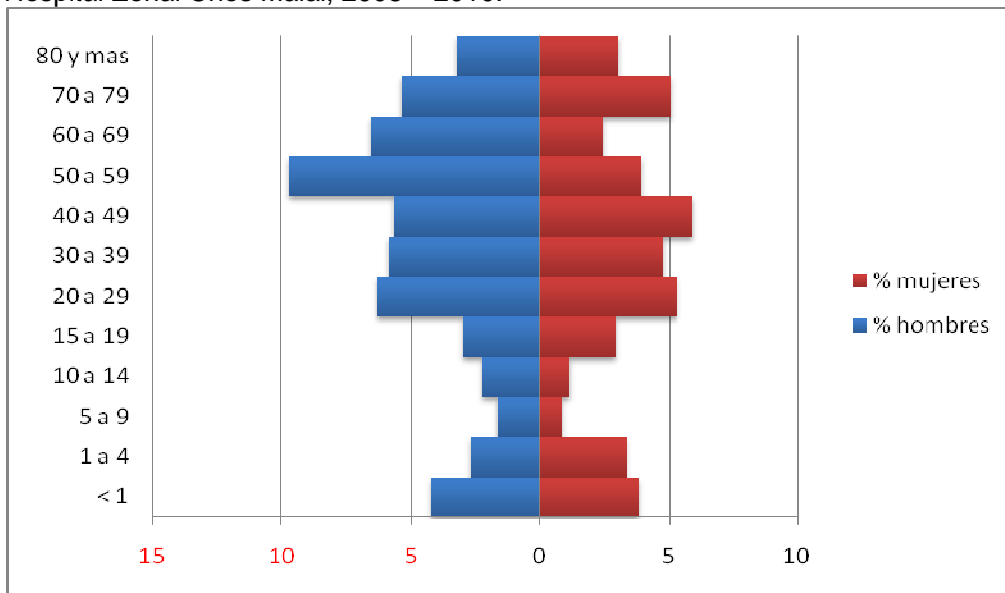
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1: Traslados según grupo etario. Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2: Pirámide de traslados según grupo etario y sexo. Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.



Fuente: Elaboración propia

La distribución de los traslados según sexo de los pacientes es de 42,87% para mujeres y 56,64% para varones (0,50% s/d), con un índice de masculinidad de 1.32. Este último

indicador es elevado entre los 5 y 14 años (razón de masculinidad 1,93) y entre los 50 y 69 años (razón de masculinidad 2,59) manteniéndose por debajo del valor general en todos los otros grupos. El índice de masculinidad calculado para el año 2010 por la Dirección Provincial de Estadística y Censos del Neuquén para la provincia, es de 0,98 y para la zona sanitaria asiento del hospital en estudio, de 1,05.

El análisis de los traslados según la condición de aseguramiento social muestra una distribución pareja, con un 50,53% de pacientes sin cobertura y un 48,26% con afiliación, de los cuales el 72,5% corresponde a afiliados a la obra social provincial, Instituto de Servicios Sociales de Neuquén. 1,21% sin datos (tabla 2 – gráfico 3). La proporción de población con cobertura de salud para el año 2010, en la provincia, según datos del Censo Nacional de Población (INDEC) es de 65,3%.

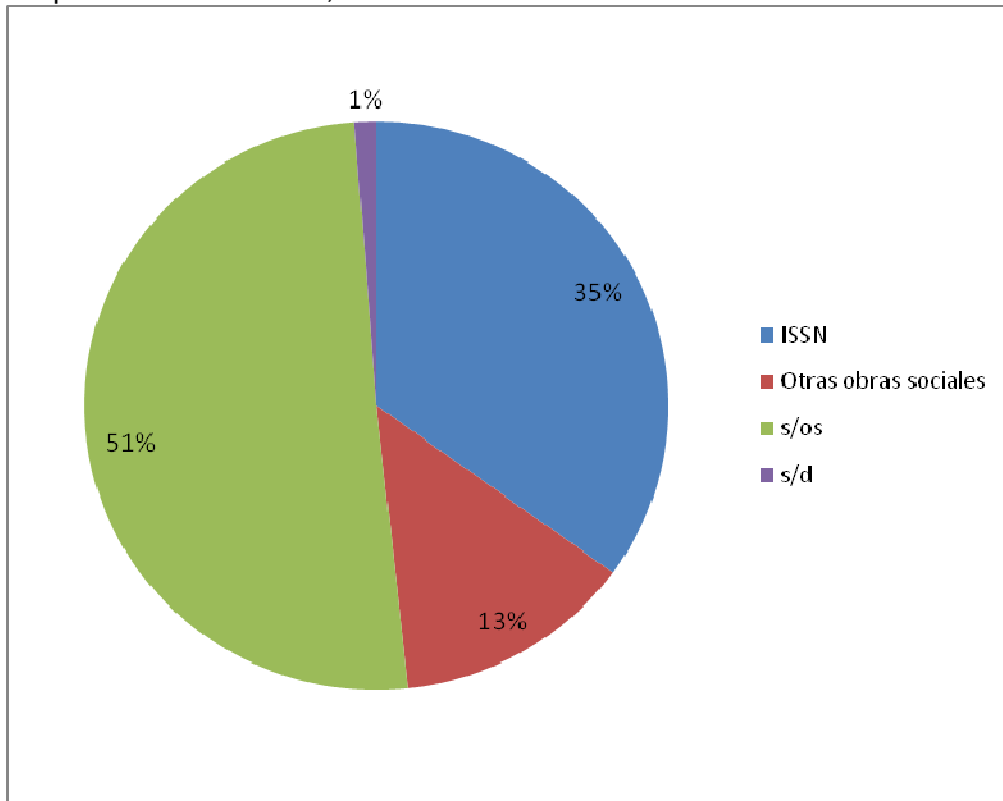
Tabla 2. Traslados según aseguramiento social.

Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

Aseguramiento social	freq.	%
s/os	712	50,53
I.S.S.N. Instituto de servicios sociales del Neuquén.	493	34,99
I.N.S.S.J.yP. Instituto nacional de servicios sociales para jubilados y pensionados.	74	5,25
Plan Nacer	17	1,21
O.S.PE.PRI. Obra social de petroleros privados.	17	1,21
O.S.E.C.A.C. Obra social de los empleados de comercio y actividades civiles.	16	1,14
PRO.FE. Programa federal de salud.	16	1,14
A.R.T. Aseguradoras de riesgos de trabajo.	13	0,92
I.O.S.E. Instituto de obra social del ejército.	12	0,85
O.S.D.E. Organización de servicios directivos empresarios.	10	0,71
O.S.PE.CON. Obra social del personal de la construcción.	4	0,28
Camioneros. Obra social de choferes de camiones.	2	0,14
Otros	6	0,42
Sin datos	17	1,21
Total	1409	100,00

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3. Traslados según aseguramiento social
 Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.



Fuente: elaboración propia.

La razón de mutualización de los traslados, según la condición de los pacientes involucrados, calculada como el cociente entre traslados con y sin cobertura social, fue de 0,96.

La tabla 3 describe el agrupamiento por causas de los egresos por traslado, entendidas como el diagnóstico de egreso que figura en los registros del hospital Chos Malal. Es importante aclarar aquí que se tomaron en cuenta las causas definidas al egreso del paciente del hospital de origen, muchas veces diferente o discordante con el diagnóstico de egreso en la institución receptora, de mayor especificidad por ser éste producto de observaciones, estudios y/o prácticas realizadas en servicios de mayor complejidad.

Tabla 3. Traslados de pacientes según causas de egreso agrupadas según capítulos de C.I.E.10. Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

Causas de egreso	Capítulo	Código	freq	%
Traumatismos y envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	XIX	S00-T98	371	26,33
Tumor	II	C00-D48	137	9,72
Enfermedades del sistema circulatorio	IX	I00-I99	136	9,65
Enfermedades del sistema digestivo	XI	K00-K93	126	8,94
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	XVIII	R00-R99	98	6,96
Enfermedades del sistema respiratorio	X	J00-J99	84	5,96
Embarazo, parto, puerperio	XV	O00-O99	63	4,47
Enfermedades infecciosas y parasitarias	I	A00-B99	52	3,69
Trastornos mentales y del comportamiento	V	F00-F99	40	2,84
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	XVII	Q00-Q99	37	2,63
Enfermedades del sistema genitourinario	XIV	N00-N99	35	2,48
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	IV	E00-E90	31	2,20
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	XIII	M00-M99	29	2,06
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	XXI	Z00-Z99	28	1,99
Afecciones originadas en el período perinatal	XVI	P00-P96	26	1,85
Enfermedades del sistema nervioso	VI	G00-G99	26	1,85
Enfermedades de la sangre, de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	III	D50-D89	20	1,42
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	XII	L00-L99	18	1,28
Enfermedades del ojo y sus anexos	VII	H00-H59	10	0,71

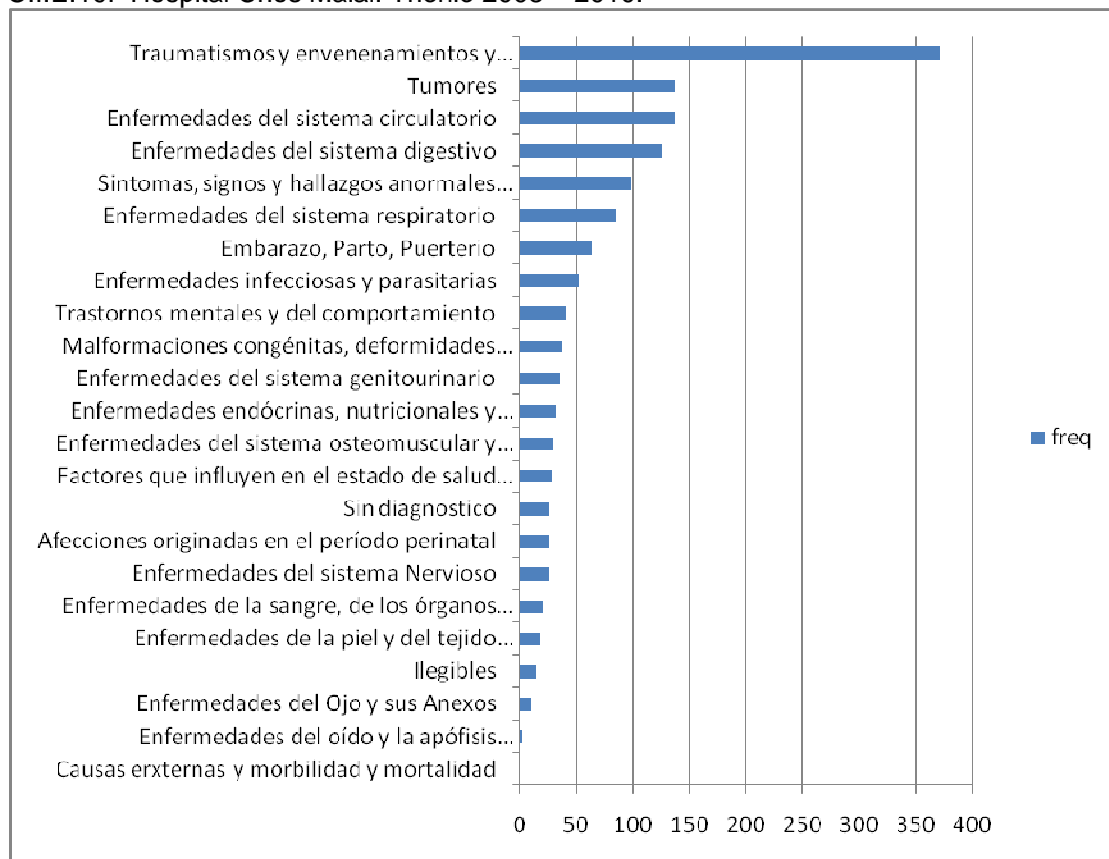
Tabla 3. Traslados de pacientes según causas de egreso agrupadas según capítulos de C.I.E.10. Hospital Chos Malal. Trienio 2008 – 2010. Continuación.

Grupo de diagnóstico	Capítulo	Código	freq	%
Enfermedades del oído y la apófisis mastoides	VIII	H60-H95	2	0,14
Causas externas de morbilidad y mortalidad	XX	V01-Y98	0	0,00
Sin diagnóstico*		999,7	26	1,85
Ilegibles*		999,8	14	0,99
Total			1409	100,00

Fuente: Elaboración propia

*"Sin diagnóstico" e "ilegibles" y sus códigos son categorías utilizadas en la provincia según acuerdo entre la Dirección de Estadísticas de la Subsecretaría de Salud y los servicios hospitalarios.

Gráfico 4. Traslados de pacientes según causas de egreso agrupadas según capítulos de C.I.E.10. Hospital Chos Malal. Trienio 2008 – 2010.



Fuente: Elaboración propia

Respecto a la condición del paciente, se observa que 544 (38,61%) traslados involucraron a pacientes que se encontraban internados, mientras que 394 (27,96%) fueron realizados con pacientes en condición de ambulatorio internable, grupo que incluye aquellos que, sin registrarse como hospitalizados en el establecimiento de origen, reúnen criterio de internación en mayor complejidad o en la misma luego de consulta o estudio en otros centros. También aquí están incluidos traslados de pacientes referidos por hospitales de menos complejidad que sin internarse en este nivel son transferidos a otros centros por requerir cuidados más complejos, luego de estudios o intervenciones de estabilización. En conjunto, los traslados de pacientes incluídos en las dos condiciones precedentes, 66,57% del total, representan transferencias de pacientes en condición de hospitalización con requerimientos que sobrepasan la capacidad operativa del hospital de origen.

253 traslados (17,96%) pertenecen al grupo que, afectando a personas con patología de resolución ambulatoria, deben ser realizados para abordar la situación de salud en otra localidad, por falta de oferta local de estudio o consulta. Entre ellos se cuentan principalmente traslados de pacientes afectados por causas externas, predominando los referidos a traumatología (104 traslados), cirugía (17), oftalmología (19) y estudios tomográficos por trauma craneoencefálico u otras afecciones (45 traslados).

La condición restante, cuidados domiciliarios, representa al grupo de pacientes que requieren controles o sesiones terapéuticas periódicas en mayor complejidad. Ejemplo de ello son los pacientes oncológicos que deben viajar por tratamiento radio o quimioterápico. Este grupo, de 189 pacientes, ocupa el 13,41% de los traslados (tabla 4).

Tabla 4. Traslados según condición del paciente
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

Condición	freq.	%
Internado	544	38,61
Ambulatorio internable	394	27,96
Ambulatorio	253	17,96
Cuidados domiciliarios	189	13,41
Sin datos	29	2,06
Total	1409	100,00

Fuente: Elaboración propia

Aunque la unidad de análisis del estudio son los traslados realizados, resulta interesante cotejarlos con los pacientes involucrados en dichos procesos. Se clasificaron como

“traslados nuevos” a aquellos efectuados por primera vez a pacientes en el periodo en estudio y “repetidos” a los reiterados en el mismo lapso. Se observa que, del total de traslados, 1187 corresponden a traslados nuevos, calculándose una proporción de traslados nuevos (traslados nuevos/traslados totales) de 0,84, con fuertes variaciones según la condición del paciente; aquellos en cuidados domiciliarios, por las características de su situación de salud (neoplasias, trastornos neurológicos, etc.) debieron ser transferidos en reiteradas oportunidades, mostrando un valor bajo del indicador. Puede también, asumiendo que el número de traslados nuevos se corresponde con el de pacientes, calcularse una razón de traslados por pacientes que demuestra la misma variabilidad antedicha. La tabla 5 presenta los datos obtenidos.

Tabla 5. Traslados nuevos y repetidos según condición del paciente, proporción de traslados nuevos y razón de traslados por paciente.

Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

	Ambulatorio	Ambulatorio Internable	Cuidados domiciliarios	Internado	s/d	Total
Traslados nuevos	229	365	84	481	28	1187
Traslados repetidos	24	29	105	63	1	222
Traslados totales	253	394	189	544	29	1409
Proporción de traslados nuevos	0,91	0,93	0,44	0,88	0,97	0,84
Razón de traslados por paciente	1,10	1,08	2,25	1,13	1,04	1,19

Fuente: Elaboración propia

Los traslados según la condición del paciente se relacionaron con el aseguramiento social de los mismos mostrando los datos presentados en la tabla 6.

Tabla 6. Traslados según aseguramiento social y condición del paciente.

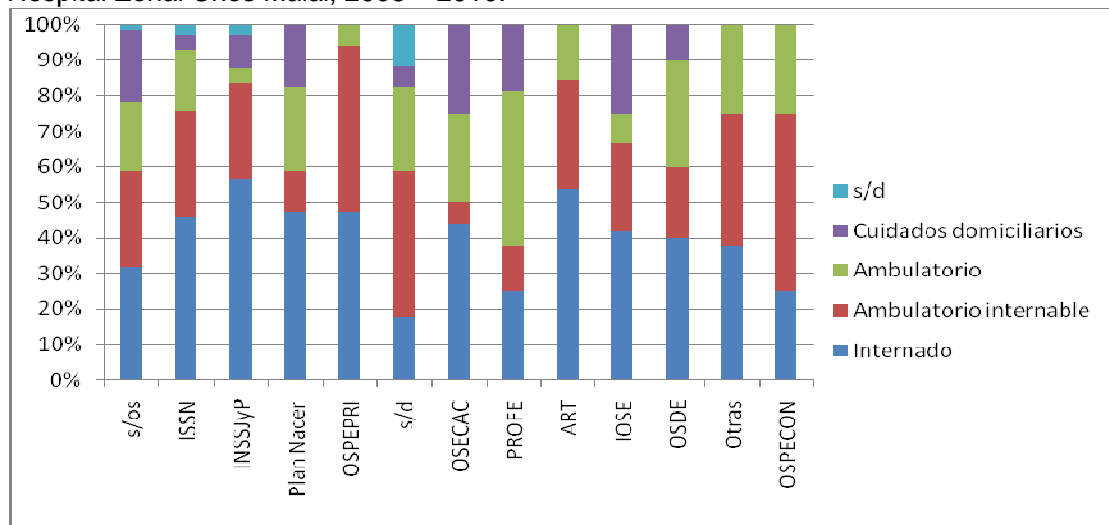
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

	Internado	Ambulatorio internable	Ambulatorio	Cuidados domiciliarios	s/d	Total
s/os	226	193	137	146	10	712
ISSN	226	147	84	21	15	493
INSSJyP	42	20	3	7	2	74
Plan Nacer	8	2	4	3	0	17
OSPEPRI	8	8	1	0	0	17
Sin datos	3	7	4	1	2	17
OSECAC	7	1	4	4	0	16
PROFE	4	2	7	3	0	16
ART	7	4	2	0	0	13
IOSE	5	3	1	3	0	12
OSDE	4	2	3	1	0	10
Otras	4	5	3	0	0	12

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5: Traslados según aseguramiento social y condición del paciente.

Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.



Fuente: Elaboración propia

El destino de los traslados está claramente concentrado en dos localidades, Zapala y Neuquén, siendo esta última la que recibe la mayor parte de los pacientes (78,64%). El resto de las localidades participan con un pequeño número de casos, correspondiente a situaciones especiales y esporádicas (tabla 7).

Tabla 7. Traslados generales según localidad de destino y carácter.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

	Programado		Urgente		Sin datos		Total	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Neuquén	72,94	593	86,59	510	71,43	5	78,64	1108
Zapala	25,46	207	11,38	67	28,57	2	19,59	276
Cipolletti	0,49	4	1,19	7	0,00	0	0,78	11
Cutral Co	0,86	7	0,34	2	0,00	0	0,64	9
Gral. Roca	0,00	0	0,17	1	0,00	0	0,07	1
Bariloche	0,00	0	0,17	1	0,00	0	0,07	1
Sin datos	0,25	2	0,17	1	0,00	0	0,21	3
Total	100,00	813	100,00	589	100,00	7	100,00	1409

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. Traslados de pacientes internados según localidad de destino y carácter.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

	Programado		Urgente		Sin datos		Total	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Neuquén	83,33	190	92,06	290	100,00	1	88,42	481
Zapala	14,91	34	5,40	17	0,00	0	9,38	51
Cipolletti	0,88	2	1,59	5	0,00	0	1,29	7
Cutral Co	0,88	2	0,00	0	0,00	0	0,37	2
Gral. Roca	0,00	0	0,32	1	0,00	0	0,18	1
Bariloche	0,00	0	0,32	1	0,00	0	0,18	1
Sin datos	0,00	0	0,32	1	0,00	0	0,18	1
Total	100,00	228	100,00	315	100,00	1	100,00	544

Fuente: Elaboración propia

Las tablas 7 y 8 presentan datos de los traslados efectuados a las diferentes localidades, en relación a su carácter (urgente o programado), que se explican a través de las características descriptas.

El medio de transporte utilizado preponderantemente es el terrestre. En ambulancia fueron realizadas 1376 derivaciones, que constituyen el 97,66% del total. Este dato es reflejo de la situación real y no de los requerimientos del equipo de traslados. El hecho de que el estado provincial cuente con un avión y un helicóptero afectados a actividades múltiples (traslado de personas, emergencias, seguridad, vuelos sanitarios, etc.), y que existe escasa disponibilidad de máquinas privadas y dificultades administrativas y económicas en relación a la contratación de éstas, sumado a la imposibilidad de operación del aeródromo local durante horarios nocturnos por equipamiento deficiente, hace que las posibilidades de organizar un vuelo sanitario sean remotas y muchas veces dependientes del azar. La situación descripta se traduce en un promedio anual de 11 vuelos sanitarios (2,34% del total de traslados), número que no cubre las necesidades reales del hospital.

Tabla 9. Traslados según servicio emisor.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

Servicio	freq.	%
Clínica médica	436	30,94
Cirugía	313	22,21
Medicina general	285	20,23
Pediatría	223	15,83
Tocoginecología	109	7,74
Salud mental	30	2,13
Rehabilitación	4	0,28
Odontología	3	0,21
Medicina policial	1	0,07
Sin datos	5	0,35
Total	1409	100,00

Fuente: Elaboración propia

El análisis de los traslados según el servicio que los genera revela un orden sostenido de producción de derivaciones, tanto absoluto como relativo, encabezado por clínica médica, con un 30,94% y seguido por cirugía (22,21%), pediatría (15,83%) y tocoginecología (7,74%).

Medicina general, como especialidad representante del sector de emergencias, es responsable de un número importante de derivaciones (20,23%) en general relacionadas con pacientes ambulatorios (principalmente traumatológicos), en cuidados domiciliarios y ambulatorios internables (tabla 9).

La proporción de traslados durante la internación, calculada como el cociente entre los traslados de pacientes en condición de internación y los egresos, muestra un resultado de 6,85 traslados por 100 egresos, con la siguiente variación por servicios:

Tabla 10. Proporción de traslados durante la internación según servicios principales.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

Servicio	Egresos	Traslados	Traslados x 100 egresos
Clínica médica	2018	174	8,62
Cirugía	1996	119	5,96
Pediatría	1576	80	5,07
Tocoginecología	2246	41	1,82

Fuente: Elaboración propia

La hipótesis explicativa acerca del mayor número de traslados en relación a los egresos del servicio de clínica médica tiene que ver con la edad de los pacientes y la mayor prevalencia en esos grupos etarios de patologías complejas con requerimiento de atención en servicios de mayor complejidad (enfermedades cardiovasculares, metabólicas, renales, respiratorias y neoplásicas).

El tipo de institución receptora de pacientes varía según el servicio emisor. Clínica médica derivó proporcionalmente los pacientes al ámbito privado más que el resto de las especialidades, siendo tocoginecología, pediatría, y medicina general los que lo hicieron menos.

Se presentan a continuación los datos absolutos, los porcentajes y la razón de traslados a instituciones públicas, calculada como el cociente entre los traslados a instituciones del subsector público y privado.

Tabla 11. Traslados según servicio emisor e institución receptora y razón de traslados a instituciones públicas (R.T.I.P.) Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

Institución	Subsector público	%	Subsector privado	%	s/d	%	Total	R.T.I.P
Clínica	141	32,34	189	43,35	106	24,31	436	0,75
Cirugía	134	42,81	121	38,66	58	18,53	313	1,11
Pediatría	144	64,57	53	23,77	26	11,66	223	2,72
Tocoginecol.	72	66,06	22	20,18	15	13,76	109	3,27
Med. Gral.	164	57,54	63	22,11	58	20,35	285	2,60
Salud mental	27	90,00	0	0,00	3	10,00	30	-
Rehabilit.	4	100,0	0	0,00	0	0,00	4	-
Odontología	1	33,33	1	33,33	1	33,33	3	1,00
Med. Policial	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	-
Sin datos	2	40,00	1	20,00	2	40,00	5	2,00
Total	689	48,90	450	31,94	270	19,16	1409	1,57

Fuente: Elaboración propia

Se presenta a continuación el desglose de las instituciones receptoras.

Tabla 12. Traslados según institución receptora. Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

Institución	freq.	%
Hospital Provincial Neuquén	656	46,56
Sin datos	270	19,16
Clínica Zapala	168	11,92
Policlínico Neuquén	65	4,61
Sanatorio San Lucas	57	4,05
Sanatorio Pasteur	40	2,84
Clínica CMIC	34	2,41
Sanatorio San Agustín	31	2,20

Tabla 12. Traslados según institución receptora.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010. Continuación.

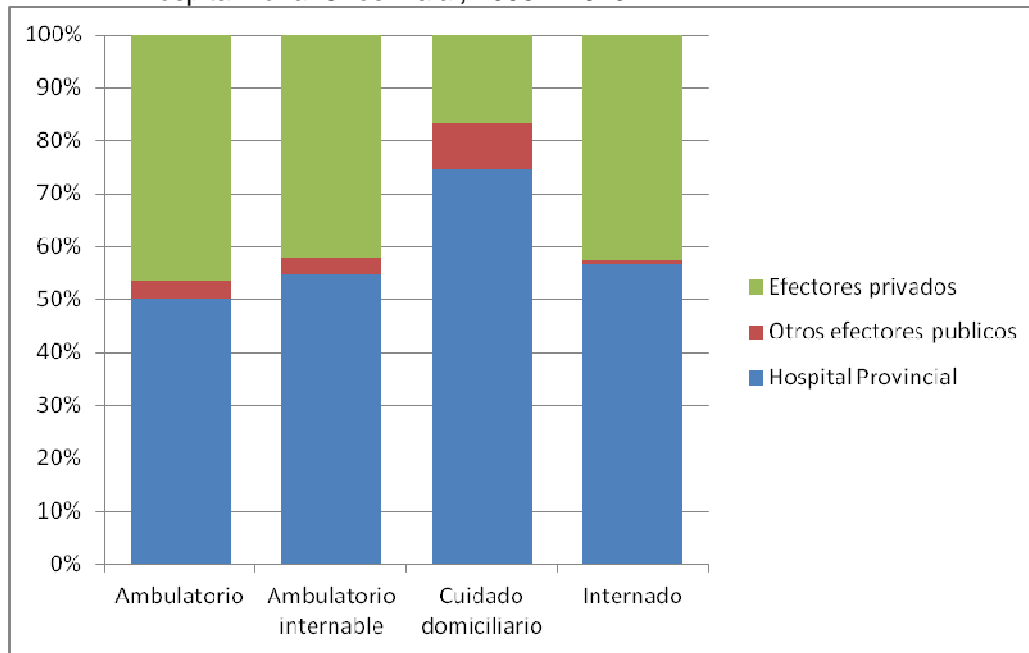
Institución	freq.	%
Clínica Huinca Lahuen	16	1,14
Hospital Bouquet Roldan	16	1,14
Clínica de imágenes	10	0,71
Hospital Zonal Zapala	8	0,57
Fundación médica	7	0,50
Policlínico Asociación de Obras Sociales	6	0,43
Hospital Cutral Co	5	0,35
Clínica Moguillansky	4	0,28
Centro de diálisis	3	0,21
Clínica Cipolletti	3	0,21
Centros Geriátricos	2	0,14
Hospital Horacio Heller	2	0,14
Centro Cardiológico	1	0,07
Centro de Rehabilitación de Arroyito	1	0,07
Clínica Cutral Co	1	0,07
Hospital Centenario	1	0,07
Sanatorio del Sol	1	0,07
Traumatología del Comahue	1	0,07
Total	1409	100,00

Fuente: Elaboración propia

La institución receptora de los traslados puede también ser analizada en relación a la condición del paciente. En todas las condiciones se han utilizado en mayor medida las

instituciones del sistema público de salud, encabezadas por el nosocomio de referencia, el Hospital Provincial Neuquén, Dr. E. Castro Rendón.

Gráfico 6: Traslados según condición del paciente e institución receptora
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.



Fuente: Elaboración propia

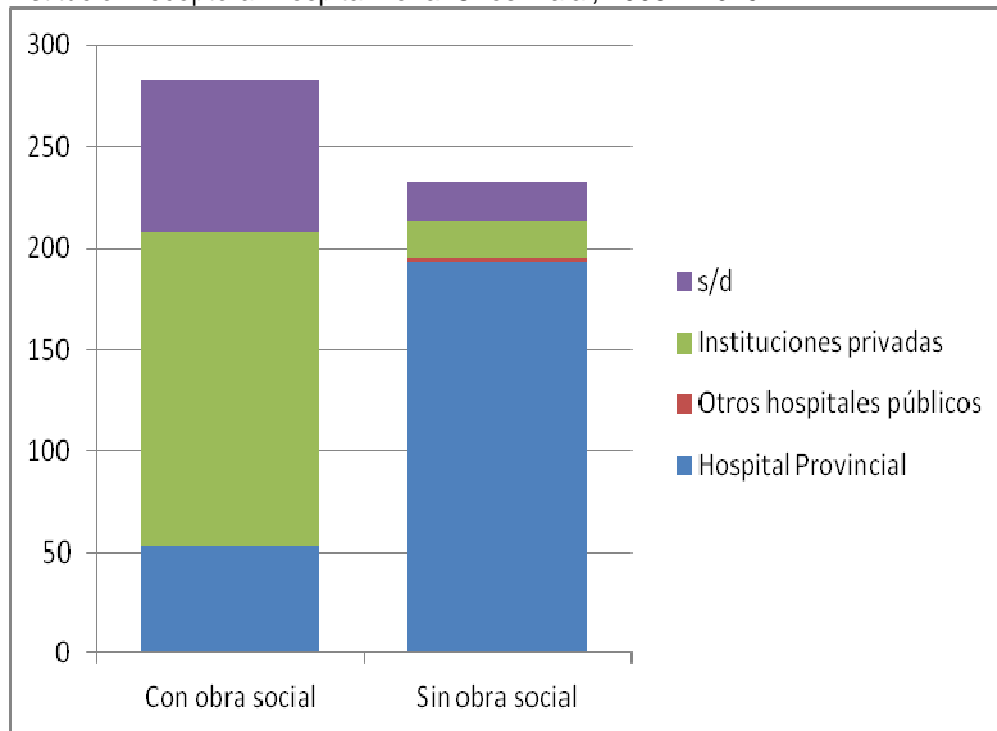
Tabla 13. Traslados de pacientes según condición e institución receptora.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

	Hospital Provincial	Otros efectores públicos	Efectores privados	Sin datos	Total
Ambulatorio	100	7	93	53	253
Ambulatorio internable	172	10	132	80	394
Cuidado domiciliario	120	14	27	28	189
Internado	251	3	190	100	544
Sin datos	12	0	8	9	29
Total	655	34	450	270	1409

Fuente: Elaboración propia

El análisis de los traslados respecto a la condición de aseguramiento social de los pacientes muestra que las instituciones públicas y privadas tienen un predominio de recepción de pacientes sin y con cobertura respectivamente. Es de destacar que el 10,92% de los traslados de pacientes no afiliados a sistemas de aseguramiento social fueron recepcionados en el ámbito privado. Por otra parte, entre los traslados referidos al hospital provincial solo el 21,54% corresponden a pacientes con cobertura.

Gráfico 7: Traslados de pacientes internados según aseguramiento social e institución receptora. Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.



Fuente: Elaboración propia

El cuidado de los pacientes durante el traslado depende básicamente de su condición clínica. La escasa disponibilidad de médicos para realizar la tarea hace del acompañamiento médico una decisión ajustada estrictamente a la gravedad del paciente y los riesgos potenciales durante el viaje. Los cuidados familiares se reservan solo a pacientes en condición de ambulatorios o cuidados domiciliarios.

Se presentan a continuación datos de los traslados según tipo de cuidados, y la relación de éstos con la condición del paciente.

Tabla 14. Traslados según tipo de cuidados.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

Cuidados	freq.	%
Enfermería	996	70,69
Médico	286	20,30
Familiares	127	9,01
Total	1409	100,00

Fuente: Elaboración propia

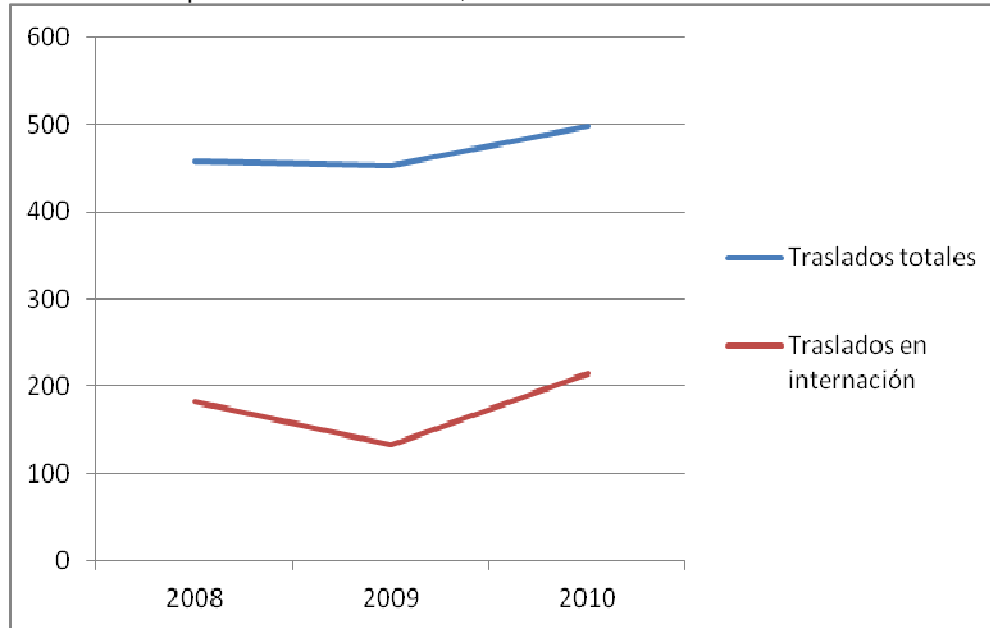
Tabla 15. Traslados según condición del paciente y tipo de cuidados.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.

	Enfermería	Familiares	Médicos	Total
Ambulatorio	206	38	9	253
Ambulatorio internable	257	20	117	394
Cuidado domiciliario	135	54	0	189
Internado	373	12	159	544
Sin datos	25	3	1	29
Total	996	127	286	1409

Fuente: Elaboración propia

La evolución de los traslados generales durante el período en estudio presenta un valor parejo durante los tres años, con un descenso muy leve en 2009 respecto de 2008 (5 casos) y un incremento posterior, en 2010 de 45 traslados (9,90% más). A pesar de ello, el análisis de las derivaciones de pacientes en condición de internados tiene una importante variación interanual. Entre 2008 y 2009 disminuyó un 27,30% para incrementarse en 2010 un 60,90% respecto del año previo (gráfico 8).

Gráfico 8: Tendencia temporal de los traslados totales y en internación.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.



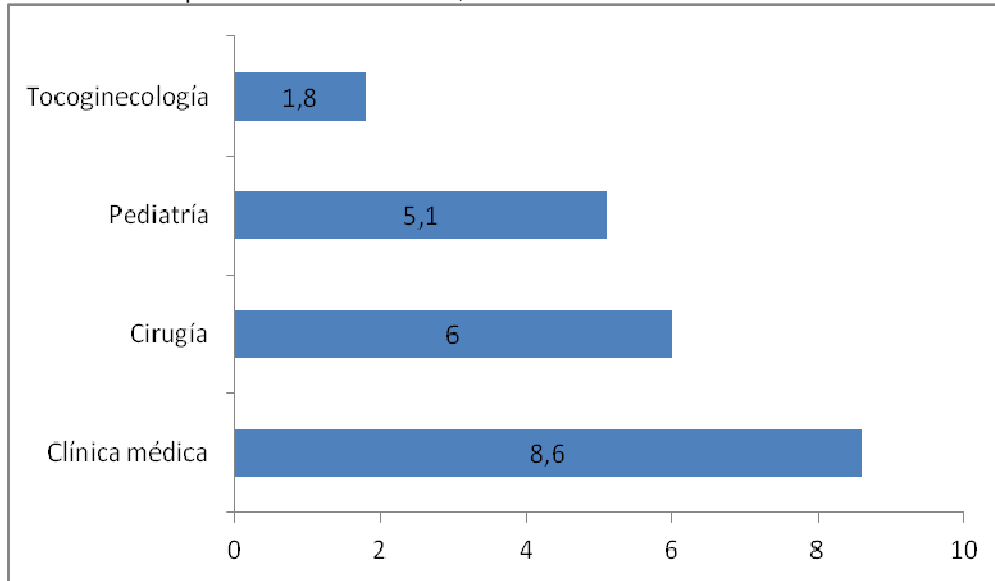
Fuente: Elaboración propia

La ponderación del traslado de pacientes, como parte integrante del proceso general de cuidados ofrecido, puede realizarse en relación a la población general de la Zona Sanitaria, por medio de una tasa de traslados en ambulancia, calculada como el cociente entre éstos y la población del área:

$$\text{Tasa de traslados en ambulancia año 2010} = 498 / 28.659 \times 1.000 = 17,38$$

La proporción de traslados durante la internación general y por servicios, ya presentada, es un indicador que permite evaluar la evolución del proceso y el impacto de medidas organizativas tendientes a modificar la capacidad de resolución de los diferentes servicios del hospital (gráfico 9).

Gráfico 9: Proporción de traslados durante internación según servicios.
Hospital Zonal Chos Malal, 2008 – 2010.



Fuente: Elaboración propia

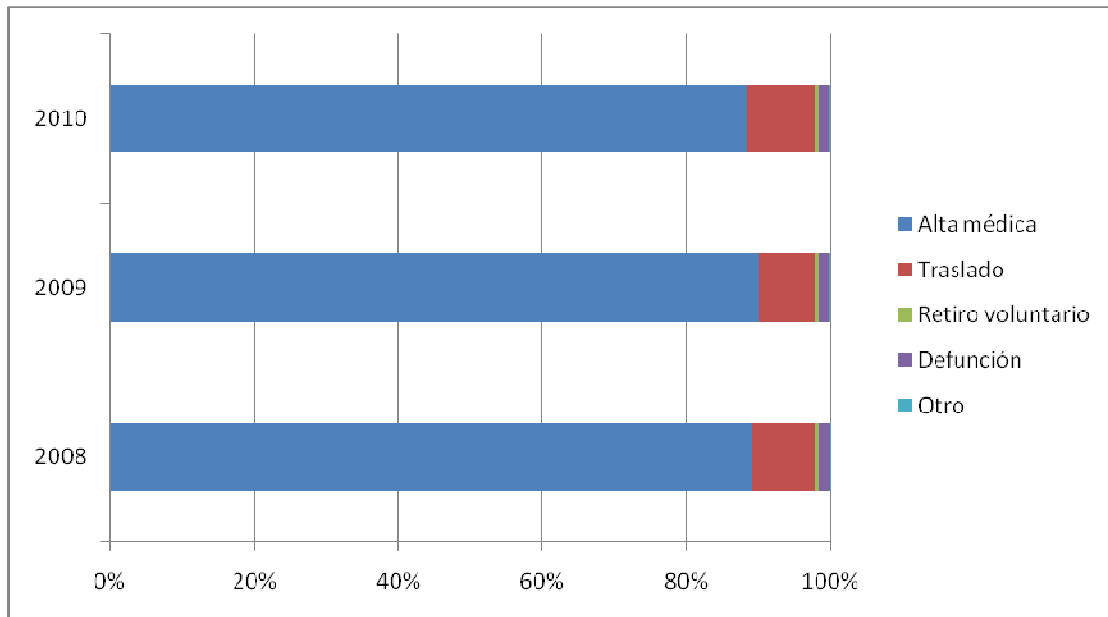
Los egresos por traslado pueden ser comparados con los otros tipos de egreso. Se presentan a continuación los datos de los egresos correspondientes al periodo en estudio desglosados según el tipo de egreso, tomados del registro provincial de egresos hospitalarios.

Tabla 16. Egresos según tipo.
Hospital Chos Malal, 2008 – 2010.

	Alta médica		Traslado		Retiro voluntario		Defunción		Otro		Total
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
2008	89,22	2227	8,61	215	0,68	17	1,44	36	0,04	1	2496
2009	90,09	2318	7,81	201	0,54	14	1,32	34	0,23	6	2573
2010	88,52	2360	9,34	249	0,64	17	1,28	34	0,23	6	2666
Total	89,27	6905	8,60	665	0,62	48	1,34	104	0,17	13	7735

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 10: Egresos según tipo.
Hospital Chos Malal, 2008 – 2010.



Fuente: Elaboración propia

Algunas discrepancias que pueden apreciarse respecto de datos relacionados presentados previamente, provenientes de otras fuentes, pueden explicarse porque en estos se incluyen los traslados a centros de menor complejidad y algunos registros catalogados como “ambulatorio internable” a los que se dio carácter de ingreso.

Se observa que del total de egresos del período un 8,60% correspondió a egresos por traslado.

4. DISCUSIÓN

El trabajo presentado analiza los traslados realizados durante los años 2008, 2009 y 2010, en ambulancia, desde el Hospital Zonal Chos Malal, a centros de mayor complejidad. Los resultados obtenidos muestran, de manera descriptiva, el perfil epidemiológico del colectivo en estudio el que, sumado a un análisis de las condiciones demográficas, geográficas, y organizativas que influyen sobre su configuración, posibilita planificar adecuaciones de la organización de los servicios, que mejoren las condiciones de atención de la población.

A fin de discutir los resultados obtenidos se realizó una búsqueda sistemática de estudios con características similares, que permitiera la comparación de los datos y conclusiones del trabajo. No fue posible este proceso por no haberse encontrado, en base a la metodología utilizada (anexo 1), trabajos con las características requeridas. La mayor parte del material obtenido en la búsqueda forma parte de generalidades o comentarios incluidos en documentos cuyo objetivo central es describir o proponer guías de práctica o normativas relativas al traslado de pacientes^{5,6,7,8}. Por otra parte, la comparación con trabajos similares^{9,10} encontraría limitaciones en las particularidades de cada área de estudio, teniendo en cuenta que la heterogeneidad en las características de la población, sus perfiles de morbilidad, la organización de los servicios de salud y su estructura (equipos de trabajo, recursos tecnológicos disponibles, etc.) conforman un espectro difícilmente equiparable.

Se destaca la potencialidad de la comparación con hospitales zonales del mismo sistema de salud y el seguimiento de la tendencia temporal en un mismo establecimiento como medida de resultado de acciones programadas.

Dadas las características de la organización sanitaria de la zona, con el hospital como único efector con capacidad de internación de la localidad, receptor a su vez de todas las derivaciones de los hospitales de la Zona Sanitaria, los traslados en ambulancia generados por éste conforman la totalidad de las derivaciones de este tipo. No sucede lo mismo con los traslados en distinta condición (particulares, en transporte público u otro tipo de vehículo), en que la multiplicidad de efectores y medios utilizados hace dificultosa la obtención de datos fiables que permitan un análisis exhaustivo.

Entendiendo al proceso de traslado como una modalidad particular de acceso a servicios de salud no disponibles en la localidad donde se encuentra el paciente, cuando existe necesidad de apoyo tecnológico avanzado o tratamiento especializado⁶ y a fin de

contextualizar el grupo de traslados estudiado, se presenta a continuación un mapeo de las circunstancias posibles, resaltando aquellas involucradas en el presente estudio. En la descripción se considera la variable “subsector generador” como aquél desde donde se indica el traslado del paciente y “financiamiento” como el subsector al que pertenece el paciente, responsable por el pago de los gastos.

Tabla 17. Mapeo de traslados posibles a centros de mayor complejidad desde Chos Malal.

Condición del paciente	Financiamiento	Subsector generador
Ambulatorio programado (ómnibus, vehículos partic., etc.)	Obras sociales	Privado
		Público
	Subsector público	Público
	Privado	Privado Autogenerado
Cuidados domiciliarios (traslados en ambulancia)	Obras sociales	Privado Público*
	Subsector público	Público*
	Obras sociales	Público*
Internación (traslados en ambulancia)	Subsector público	Público*
	Obras sociales	Público*
Ambulatorio urgente internable (Ej. TEC grave, politrauma, etc. Traslados en ambulancia)	Obras sociales	Público*
	Subsector público	Público*
Ambulatorio urgente no internable (Ej., fractura radial, etc. Traslados en ambulancia)	Obras sociales	Público*
	Sector público	Público*

Fuente: Elaboración propia

*Traslados involucrados en el presente trabajo

Aquellas circunstancias no incluidas en el análisis presentado, generalmente relacionadas con consultas a especialidades no existentes en la localidad y a estudios de mediana y alta complejidad que tampoco se ofrecen, tienen también una dimensión importante reflejada en un promedio de entrega de pasajes por parte del sector público de 114 pasajes/mes (datos del año 2010) y de 162 por parte de la obra social provincial.

El proceso de traslado secundario de pacientes se constituye en una parte importante de la oferta general de cuidado de la salud brindada a la población, materializando los conceptos de regionalización, estructura de organizaciones por complejidad creciente y sistema, enunciados en los documentos fundacionales del sistema de salud de la provincia de Neuquén desde inicios de la década de 1970^{11,12}. Su peso relativo, calculado para el año 2010, muestra una tasa anual de traslados en ambulancia de 17,4 por 1000 habitantes y una proporción de traslados durante la internación de 6,9%. A pesar de esta magnitud, la falta de un registro sistemático, normativas desactualizadas e incumplidas por los sectores y actores involucrados, y un heterogéneo desarrollo del proceso conforman un panorama que debe ser revisado y revertido.

El análisis de los datos que puedan obtenerse de un registro sistemático de la transferencia de pacientes es un instrumento de planificación y gestión, no utilizado en este momento, potencialmente útil para reflejar la capacidad de resolución real de los establecimientos que conforman el sistema de salud. A partir de los resultados obtenidos pueden planificarse modificaciones en la estructura y la organización de los establecimientos y la red que los vincula que, con baja inversión relativa y un costo económico que posiblemente no supere los gastos generados por los mismos traslados, mejore la oferta de servicios aportando a un incremento en su calidad. A modo de ejemplo puede citarse el caso de la traumatología en la ciudad de Chos Malal; esta especialidad médica no tiene representantes en el ámbito privado ni en el público, donde razones administrativas y burocráticas imposibilitan la creación de un cargo en el hospital. Sólo las 79 derivaciones en ambulancia anuales de promedio halladas en el presente estudio, multiplicadas por el costo unitario del traslado, superan en términos económicos a la erogación presupuestaria necesaria para solventar la carga salarial de un médico traumatólogo de dedicación exclusiva. El beneficio adicional que, a través de actividades preventivas, curativas y de rehabilitación aportaría el recurso, sumado al incremento en la calidad de atención y a la evitación de los trastornos personales

y familiares que provoca la situación de traslado en los usuarios, aunque difícilmente mensurable, parece indiscutible.

El sistema de salud de la provincia del Neuquén cuenta en la actualidad con 29 hospitales pertenecientes al ámbito público y 14 establecimientos de los subsectores privado y de la seguridad social, totalizando una capacidad de 1743 camas de internación, de las cuales el 63% pertenecen al subsector estatal. El sistema público de salud está organizado según un modelo regionalizado e integrado y conformado por una red de establecimientos escalonados en niveles de complejidad creciente, agrupados en zonas sanitarias, que a su vez están divididas en áreas programáticas. Cada zona sanitaria tiene, como establecimiento de referencia, un hospital zonal y todos ellos son subsidiarios del Hospital Provincial Neuquén, institución de complejidad VIII ubicada en la capital provincial.

Los traslados son realizados en ambulancias propios de cada hospital, existiendo un parque automotor adecuado, en número y calidad, a los requerimientos del sector. Las derivaciones aéreas se realizan con el avión perteneciente a la gobernación de la provincia o con maquinas alquiladas a empresas privadas, siendo la disponibilidad de ellas discontinua. En particular la localidad de Chos Malal posee una estación aérea no balizada por lo cual no es posible realizar vuelos nocturnos, hecho que obstaculiza en muchas oportunidades la concreción de este tipo de evacuación.

El sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes es fluido, y no presenta dificultades aun entre instituciones de distintos subsectores.

La red de derivaciones existente¹³ cuenta con una gran heterogeneidad de centros asistenciales con variada capacidad de resolución. La ciudad de Neuquén centraliza la mayor parte de los servicios de alta complejidad, encontrándose allí también especialidades y subespecialidades médicas no disponibles en el resto de la provincia. El Hospital Provincial Neuquén, clasificado como de complejidad VIII, es el centro de referencia oficial del sistema público de salud. Atiende, además de pacientes sin cobertura social, personas afiliadas a obras sociales y otros sistemas de seguro transferidas del resto del sistema público, por ser el efector más importante de la provincia. Los subsectores privado y de la seguridad social cuentan con un número importante de establecimientos con compleja y variada capacidad de internación y estudios.

El hospital de Zapala, de complejidad VI, no es receptor (salvo en situaciones especiales) de pacientes referidos por otros hospitales zonales del sistema público de salud. La localidad cuenta con dos clínicas con capacidad de internación y dos equipos de tomografía computada, servicio no ofertado en Chos Malal, que justifica el 62% de las derivaciones totales y el 48% de las derivaciones que se realizan allí de pacientes en condición de internación. También cuenta tanto en el hospital como en el ámbito privado, con servicios de traumatología, especialidad no disponible en Chos Malal, que resuelve otro 48% de los pacientes internados, trasladados. La ciudad de Cipolletti (Rio Negro) cuenta con un centro de atención cardiológica de alta complejidad por lo que allí se derivan algunos casos particulares que requieren este servicio.

Ampliar la discusión del problema requiere abordarlo en relación a dos aspectos fuertemente vinculados, la regionalización y la accesibilidad a los servicios de salud.

Regionalización

Algunos resultados del estudio, tales como el volumen de las derivaciones, los destinos y las instituciones receptoras, demuestran la necesidad de revisar algunos aspectos de la regionalización. La necesidad de redefinir la organización por niveles de atención vigente en la provincia, así como la capacidad de resolución y contención de los distintos hospitales, está plasmada, como reclamo de los actores del sistema de salud, en el documento de Evaluación del Sistema Público de Salud de la Provincia de Neuquén del año 2006¹². Incluye también ese trabajo, entre sus recomendaciones, la inmediata “revisión y adecuación de la red de servicios”¹², la regionalización y la descentralización, con el objeto de “asegurar el acceso de la población a la complejidad requerida, eliminar las barreras administrativas y económicas y promover la idoneidad de los servicios para optimizar la confianza y satisfacción de la población”¹².

La regionalización de los servicios de salud es un proceso de organización de la red de servicios a nivel territorial que, delimitando áreas geográficas, ofrece servicios a las poblaciones involucradas, acordes a sus necesidades, asegurando la accesibilidad a los distintos niveles de atención según los requerimientos del paciente o los grupos poblacionales. Según Álvarez Pérez¹⁵, debe estar intrínsecamente relacionado con un proceso de descentralización, entendido como “la delegación efectiva de autoridad y la asignación consecuente de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para

cumplir los objetivos que se enmarcan en el propio ejercicio de la autoridad que se delega”¹⁵. Pueden considerarse cinco elementos básicos en su estructura: una población definida, un área geográfica, una planificación, un organismo efector coordinado y una fuente de financiación¹⁴.

En el ámbito provincial existe una fuerte tradición de regionalización¹³. La organización del sistema de salud, con más de 40 años de continuidad, fue diseñada desde su inicio en base a este concepto, persistiendo su estructura básica hasta la fecha, solo alterada por la incorporación al sistema de algunos establecimientos de complejidad media que no modificaron sustancialmente su funcionamiento. Profundos cambios demográficos, sumados a modificaciones tecnológicas y en la percepción de los servicios de salud por parte de las comunidades, generaron demandas diferenciales en las distintas regiones, no siempre acompañadas por la lógica institucional. Por otra parte, distintos intereses presentes en la sociedad, entre los que se destacan los económicos y políticos, colaboraron con cambios del sistema que, a la fecha, no se ajusta estrictamente a las necesidades de salud de las poblaciones, debiendo ser modificado.

Aunque el proceso de descentralización está instalado, no implica una “descentralización real”, en que los niveles centrales cambien su función tradicional de control por la de facilitación y apoyo¹⁴, con una transferencia del poder político, técnico y financiero. Este parece más un sistema desconcentrado, con cierta autonomía en la toma de decisiones en los niveles regionales y locales, pero sin pleno ejercicio de ella y con escaso poder.

El concepto de tiempo máximo de respuesta útil desarrollado por Gonzalez¹⁴, entendido como el período en que el sistema es capaz de ubicar a un paciente determinado en un servicio con la capacidad de operación necesaria para ofrecer los cuidados requeridos de acuerdo a su situación de salud, es útil para redefinir escalas en la red de servicios. Este concepto, más allá de la distancia que separa los establecimientos, prioriza la variable tiempo, determinada por la sumatoria de recursos previsiblemente disponibles al momento de efectuar el traslado (medios de transporte, estado de rutas, procesos administrativos, organización) y otras variables externas de importancia (variabilidad horaria y estacional, factores climáticos, etc.). En función de ella, y analizando las variables geográficas, demográficas y organizacionales que caracterizan a la provincia, sería conveniente reformular la red de establecimientos transformando al hospital de la ciudad de Zapala en un

centro interzonal con capacidad de resolución intermedia entre la media y la alta complejidad, más cercano en distancia y en tiempo, y operativamente más adecuado. Pendiente queda el estudio detallado de la situación y la planificación de estas modificaciones, a la que los resultados del presente trabajo aportaran datos objetivos diagnósticos.

Accesibilidad

Este concepto, como componente de la protección social en salud, refiere a la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Según distintos autores y el punto de vista que asuman, las definiciones incluyen o no aspectos vinculados al usuario. Desde la perspectiva de la oferta de servicios, puede ser definida como “las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales”¹⁷, o “el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud, y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de atención”¹⁹. Desde otra perspectiva es entendida como el “encuentro/desencuentro entre los sujetos y los servicios”, incorporando las características de la población usuaria y entendiendo que la definición desde la oferta invisibiliza el hecho de que los sujetos son también constructores de accesibilidad¹⁸.

En la mayor parte de los trabajos se relaciona al concepto con la posibilidad de contacto de la población usuaria con los servicios de primer nivel de atención, entendidos como puerta de entrada al sistema de salud. Interesa a los fines de esta discusión, su aplicación a la posibilidad de contacto de los usuarios que requieren atención en establecimientos de media y alta complejidad, con éstos, en condiciones dignas y aceptables teniendo en cuenta factores familiares y sociales que condicionan la situación de salud y la posibilidad de su recuperación, cuando es necesario.

Los alcances del concepto accesibilidad, según Frenk¹⁷, pueden ser divididos en un dominio estrecho, que considera el proceso que comienza con la búsqueda de atención y culmina con su inicio, uno intermedio, que involucra además la continuidad de la atención y los contactos subsiguientes del usuario con los servicios, y otro dominio amplio, que suma al análisis del proceso cuestiones referidas a las “causas del deseo de atención”, entendidas como el conjunto de factores que actúan como determinantes de éste (procesos conductuales, actitudinales, cognitivos y culturales). Adhiere este trabajo al concepto de accesibilidad con dominio intermedio, entendiéndola como una propiedad de los recursos de

atención a la salud que media entre la capacidad de producir servicios y la utilización o consumo real de estos por parte de la población usuaria.

Para el caso en estudio el concepto puede adaptarse como parte de la continuidad de la atención, cuando un usuario, ingresado al sistema de salud, requiere cuidados en servicios de alta complejidad no disponibles en la institución donde inicia su atención y debe ser trasladado a otra localidad para recibirlos. Si bien está prevista la resolución de este problema en la organización sanitaria, por medio de un eficaz sistema de referencia de pacientes en instituciones ligadas por una red de complejidad creciente, puede discutirse la condición de accesibilidad dado que ésta presenta barreras representadas por las distancias y los tiempos de traslado requeridos para la utilización efectiva de los servicios.

Caben aclarar aquí algunos conceptos relacionados directamente con la accesibilidad; La disponibilidad, entendida como la existencia real de los recursos de salud, con capacidad de producir servicios, debe corregirse según los obstáculos que se presenten: “en la medida en que se presenten obstáculos extremos para su uso, ciertos recursos no están totalmente disponibles”¹⁷. Según este análisis, algunos servicios de alta complejidad, con localización geográfica alejada del centro de baja o media complejidad de atención con el que el usuario inicia su contacto en búsqueda de atención, no están totalmente disponibles en virtud del tiempo y las dificultades de traslado que intervienen, siendo su grado de accesibilidad bajo.

De esta manera podrían considerarse condiciones y criterios de accesibilidad diferenciales en relación a los distintos estamentos de atención y cuidado en una misma institución o sistema sanitario. Puede suceder que las condiciones de accesibilidad sean aceptables para el contacto de los usuarios con el primer nivel de atención y existan dificultades reales de distinto orden para que éstos accedan efectivamente al nivel que requiere su situación de salud, cuando el primer nivel no es suficiente y desde éste debe referirse al usuario a un nivel de ,mayor complejidad.

Este enfoque permitiría realizar un análisis de los distintos niveles de atención y de aquellos factores condicionantes de su accesibilidad, de manera particular. La situación de los servicios de alta complejidad, geográficamente distantes, configura un caso particular que debe ser evaluado especialmente.

Los conceptos de barrera o resistencia, componentes de la propia accesibilidad, refieren a elementos de distinta naturaleza que obstaculizan el logro de la atención deseada por parte de la población usuaria. Según distintos autores, y a su manera de entender la accesibilidad misma, se clasifican de distinta modo. Clásicamente se describen las geográficas (ubicación de las fuentes de atención), económicas (relacionadas con el costo de los servicios) y administrativas u organizativas. La incorporación de factores culturales como barreras no es constante y tiene que ver con que para algunos autores este factor es propio de los usuarios no debiendo ser analizado en conjunto, mientras para otros¹⁸ debe incorporarse como parte del mismo concepto. Para el caso en cuestión, y en relación con el acceso a los niveles de atención más complejos, las últimas dos barreras mencionadas requieren una consideración especial. Por una parte las barreras administrativas, entendidas como las dificultades que impone la organización misma de los servicios, constituyen la parte más rígida y estructural del problema, en un sistema organizado en base a establecimientos con complejidades definidas y con un flujo de atención por complejidad creciente. Aunque este modo de organización se ha mostrado altamente eficiente para la atención y no pueda ser modificado en algunos aspectos, la adecuación de las condiciones de los establecimientos involucrados, con un incremento en la capacidad de resolución de problemas y retención de pacientes, mejoraría sustancialmente, sin costos adicionales desproporcionados, la situación de acceso.

Las barreras culturales, como barreras simbólicas relacionadas con el imaginario y las representaciones sociales, toman en el caso del análisis de la accesibilidad a los servicios más complejos, una dimensión central que también podría vencerse en gran parte mejorando las posibilidades de resolución local de mayor proporción de problemas de salud y evitando traumáticos traslados, cuando estos sean innecesarios.

La situación particular del sistema de salud de la provincia de Neuquén, conformado por una red de instituciones organizadas sólidamente y con recursos materiales y financieros abundantes, minimiza el impacto que los traslados generan en individuos y comunidades, sin eliminarlo. Aunque deseable, la hipotética situación de un nivel de accesibilidad equitativo a los servicios de media y alta complejidad, no es posible teniendo en cuenta aspectos organizacionales y financieros. La revisión y modificación, en base a los mismos criterios, de la actual organización, posibilitaría una mejora de la situación, aportando a un mayor grado de equidad en el acceso entre los diferentes grupos poblacionales.

Limitaciones y aportes del trabajo

El trabajo presentado encuentra limitaciones basadas fundamentalmente en dos aspectos: la baja calidad de los registros hospitalarios relacionados con los traslados y la escasez de estudios publicados en relación al tema. El primero de los aspectos mencionados generó dificultades en la etapa de trabajo de campo y posibles distorsiones, no mensurables, en el análisis y la interpretación. Los datos relacionados con las variables “condición del paciente” y “diagnóstico” fueron recolectados de fuentes múltiples (registro hospitalario de traslados, planillas de traslado, historias clínicas) siendo en ocasiones inexistentes o discordantes. Por su parte, las variables “institución receptora” y “servicio receptor” fueron las que más dificultades presentaron, impidiendo un análisis correcto de su distribución y tendencia temporal. A excepción de las variables servicio receptor e institución receptora, que mostraron respectivamente una proporción de datos faltantes del 19 y 37%, el resto de las variables presentaron datos completos, con una proporción que vario entre 0 y 2,8%.

El trabajo presentado aporta conocimiento acerca del perfil de traslados de un hospital de complejidad media hacia centros de mayor complejidad. Más allá de su utilidad como insumo de gestión y administración, presenta el análisis de un grupo sistematizado de variables que permite su reproducción en otros centros asistenciales con fines comparativos. Posibilita también la creación de registros sistemáticos que, incluidos en el sistema de información hospitalario, permitan monitorizar de manera continua su evolución.

El proceso de traslado de pacientes es importante en el marco de los cuidados generales ofrecidos a la población y el análisis sistemático de sus características y su tendencia temporal pueden configurar un instrumento de gestión que aporte a la mejora de la planificación y reformulación de la estructura de los servicios de salud.

La relevancia del problema presentado, hace necesaria una revisión completa de los procesos involucrados en el traslado secundario de pacientes, como parte integrante de los servicios producidos por los hospitales y no meramente como una transición entre la atención brindada en servicios de distinta complejidad. Los múltiples aspectos de esta etapa de la atención, que en su mayoría muestran características propias, muy diferentes a las de las otras etapas, deben ser revisados y reformulados posibilitando así una mejora global en la calidad de atención de las poblaciones usuarias.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merhy, E. *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. Franco, T. "El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado". *Salud Colectiva*. Vol. 7 N°1. Buenos Aires. Enero-abril de 2011.
2. INDEC Instituto Nacional de Estadística y Censo. Censo Nacional de población; 2011. Disponible en <http://www.censo2010.indec.gov.ar>
3. Subsecretaría de Salud. Bases para el plan estratégico de salud. Período 2012 – 2015. Provincia del Neuquén. Mayo de 2012.
4. Testa, M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; Segunda edición. 1997.
5. Cruz Martínez, E. *et al.*, "Transporte del paciente crítico en unidades móviles terrestres". *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. Vol.XV, Núm. 4. Julio-Agosto 2001. pp 130-137.
6. Castellano, S. *et al.* (redactores), "Consenso sobre traslado de niños críticamente enfermos". *Archivos argentinos de pediatría*. Vol.98 N° 6. 2000.
7. Woodward, G. *et al.*, "The state of pediatric interfacility transport: Consensus of the second national pediatric and neonatal interfacility transport medicine leadership conference". *Pediatric Emergency Care*. Vol. 18 N°1 . February 2002.
8. Jaimovich, D. "Transporte de pacientes pediátricos críticos: entrando en una nueva era". *Anales Españoles de Pediatría*. Vol. 54, N°3. 2001.
9. Barros Camponovo, G. *et al.*, "Traslado secundario de pacientes traumatizados: experiencia de una unidad móvil medicalizada". *Paciente crítico*. 7(1): 74-87, 1994.
10. Raúl Bustos B. *et al.*, "Transporte interhospitalario de pacientes pediátricos". *Revista chilena de pediatría*, Vol.72 N°5. Santiago, Chile. Septiembre de 2001.
11. Subsecretaría de Salud. "Programación de actividades". Provincia del Neuquén. Año 1971.
12. Niremberg, Perrone & Moreno. "Evaluación del Sistema Público de Salud de la Provincia de Neuquén". Centro de Apoyo al Desarrollo Local -CEADEL- Año 2006.
13. Reunión de regionalización sanitaria: sur antecedentes. Ministerio de Salud Pública, Neuquén.1989.
14. González, A. "Programación regional" en Sonis; A. y colaboradores. *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; Tercera edición. 1984.

15. Álvarez Pérez, A. *et al.*, "La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria". Revista cubana de higiene y epidemiología. Vol.46 N°1. Ciudad de la Habana. Enero-abril 2008.
16. Borrego Cobos, J. *et al.*, "Traslado de enfermos críticos. Protocolos de transporte secundario y primario". Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Año 2000.
17. Frenk, J., "El concepto y la medición de accesibilidad" en "Investigaciones sobre servicios de salud: una antología". Organización Panamericana de la Salud. 1992. Publicación científica N°534. (Pág. 929-943)
18. Comes, Yamila *et al.*, "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". Facultad de Psicología - UBA - Secretaría de Investigaciones - Anuario de Investigaciones. Vol. XIV. Año 2006. (Pág. 201 a 209)
19. Donabedian, A. "Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care". Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1973.
20. Di Leoni Marmo, F. "Asistencia extrahospitalaria en el interior del país : transporte secundario del politraumatizado grave". Paciente crítico, 7(1): 62-73, 1994.
21. Souza Minayo, M. C. *et al.* *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003.
22. Souza Minayo, M. C. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
23. Caro Cassali, M. *et al.*, "Transporte neonatal en Costa Rica". Acta pediátrica costarricense. Vol.12 N°1. San José. 1998.
24. Ruiz Weisser, J. *et al.*, "Derivación, traslado y desarraigo: solución o problema" Revista médica de La Plata. Vol. 35 N°1. 2001.
25. Guia, R. "Transferência entre hospitais: a urgência/emergência na Grande São Paulo" en Negri, B. & Viana, A. "O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio". Ed. Sobravime. São Paulo, 2002.

6. APÉNDICE

Búsqueda sistemática de artículos realizada

Descripción metodológica

- ✓ Se realizó la búsqueda de las palabras clave, en castellano e inglés, en el listado DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) de la Biblioteca Virtual en Salud (bvs).
- ✓ Se seleccionaron los descriptores traslado de pacientes, transferencia de pacientes y perfil de salud (patient transfer and health profile), a partir de los cuales se realizó la búsqueda.
- ✓ Los buscadores utilizados fueron SciELO, Google académico, bvsalud (Virtual Health Library), PubMed y LILACS.
- ✓ No se hallaron estudios descriptivos de similares características al presentado, que permitieran comparaciones útiles a los fines del estudio.